

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

174
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DORFMAN MOTEL

Né le 6 mai 1903, à Lomza (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
DIVERTICULITES DUODÉNALES

Président de Thèse : M. LOEPER, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, ÉDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
DIVERTICULITES DUODÉNALES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550222_0046

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DORFMAN MOTEL

Né le 6 mai 1903, à Lomza (Pologne)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
DIVERTICULITES DUODÉNALES

Président de Thèse : M. LOEPER, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, ÉDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	PROUST.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BESANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JÉANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHIERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LÉON BERNARD.
	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .. Neurologie et Psychiâtr.
BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
BERNARD Et... Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale
DE GAUDART
D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ Henri.. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUÉJOUL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expériment.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI... Neurologie et Psychiâtr.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-
DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale
RICHTER Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale
SÉZARY Dermatologie et syphi-
ligraphie.
TROISIER Pathologie expériment.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) .. Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS

DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI	}	Clinique médicale.
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHIRAY		
DUVOIR		
HARVIER		
LIAN		

MM.

GUÉNIOT	}	Clinique obstétricale.
LE LORIER ...		
LÉVY-SOLAL ..		
METZGER		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgicale.
CADENAT		
HEITZ-BOYER ..		
MOCQUOT		
MOURE		
SCHWARTZ ...		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agr.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES MAÎTRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le PROFESSEUR LOEPER

Professeur de Thérapeutique de la Faculté de Paris

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

*Très respectueux hommage pour l'honneur
qu'il nous a fait en suggérant le sujet de
cette thèse et en acceptant de la présider.
Nos plus vifs remerciements pour les con-
seils précieux qu'il a bien voulu nous
prodiguer et pour la bienveillance qu'il
nous a toujours témoignée.*

INTRODUCTION

Les diverticules du duodénum sont des malformations connues depuis longtemps, depuis que CHOMEL les a décrites en 1710, mais ils étaient considérés comme des curiosités anatomiques, des trouvailles d'autopsie sans aucun intérêt clinique.

Depuis la radiologie, il a été possible de les découvrir sur le vivant et de se rendre compte, qu'ils peuvent occasionner des troubles sérieux. De nombreux travaux leur ont été consacrés depuis lors, tant au point de vue clinique que radiologique.

Mais ce n'est guère que depuis 1920 que certains auteurs ont fait remarquer que ce sont seules les inflammations aiguës ou chroniques des diverticules, qui sont responsables de la plupart des troubles dont se plaignent les malades. M. GRÉGOIRE a pu dire : « tout diverticule qui révèle son existence est un diverticule compliqué. »

Ainsi donc, à côté du diverticule le plus souvent latent, donnant tout au plus quelques troubles dyspeptiques, apparaît la diverticulite duodénale, une affection médico-chirurgicale qui doit occuper une place importante dans la pathologie digestive à côté de l'ulcère et du cancer.

Nous avons réuni ici neuf observations dans les-

quelles les troubles présentés par les malades ont été reconnus, grâce à l'opération comme provenant uniquement de l'inflammation du diverticule, c'est sur ces observations que nous nous sommes basés pour établir dans la mesure de nos possibilités un tableau clinique de la diverticulite.

Nous avons été surpris de constater que les aspects cliniques de la diverticulite ressemblent bien souvent aux cas décrits sous le nom de diverticule et pour lesquels le traitement médical a été préconisé.

Nous avons tâché dès lors de démontrer les difficultés que les chirurgiens ont à surmonter en opérant ces vieilles diverticulites et nous avons insisté sur le traitement chirurgical, qui est seul capable de guérir les diverticulites du duodénum.

—  —

HISTORIQUE

On peut distinguer dans l'histoire des diverticules du duodénum trois périodes. La première de 1710 à 1912 est la période anatomique pendant laquelle les diverticules du duodénum ont été considérées, comme des curiosités anatomiques. La deuxième période de 1912 à 1920 est la période radiologique pendant laquelle, grâce à la vulgarisation des rayons X, on a pu relever l'existence des diverticules sur le vivant et se rendre compte des troubles provoqués par ces malformations. La troisième période qui commence en 1920 est la période clinique et chirurgicale. C'est alors qu'on a étudié à fond les manifestations cliniques de cette anomalie et formulé ses indications et ses modalités opératoires.

CHOMEL en 1710, publie la première observation sur le diverticule, mais on est pas sûr qu'il s'agisse d'un vrai diverticule et non d'une ampoule de VATER dilatée et pleine de calculs. En 1761, MORGAGNI trouve un vrai diverticule à l'autopsie d'un homme mort d'une hémorragie cérébrale. En 1815, FLEISCHMANN cite trois observations des diverticules situés au voisinage de l'ampoule de VATER. En 1872, ROT présente cinq observations sur des diverticules de la deuxième portion. En 1898, LETULLE rapporte deux cas de diverti-

cule qu'il appelle périvatériens à cause de leur siège. MARIE en 1899, GANDY en 1900, ROLLESTON en 1901, FALCONNER en 1907, rapportent des observations anatomiques et ROSENTHAL observe en 1908 un cas d'ictère chronique provoqué par un diverticule de la deuxième portion. BAUER en 1912 observe des troubles pour lesquels il conseille une gastro-entérostomie et après la mort du malade on trouve deux diverticules. Voilà pour la période uniquement anatomique.

Quand on commence à s'aider de la radiologie FORSELL et KEY (1915) remarquent aux rayons X une tache persistante chez un homme qui présentait des signes d'ulcère depuis quinze ou vingt ans. La même année, CASE cite plusieurs cas diagnostiqués par les rayons X et, insiste sur la technique des examens radiologiques du diverticule. De même, COLE et ROBERTS rapportent plusieurs cas semblables. GREDER consacre à cette question sa thèse en 1921 et réussit à réunir quarante-six observations. ENRIQUEZ et DURAND font un rapport détaillé au 16^e Congrès de Médecine. Puis on a les observations de BONNEAU, FEISSELY, LENOIR, GILSON et BARIÉTY, LECÈNE, ROBINEAU et GALLY, CARNOT et PÉRON, HARVIER et GALLY. BENSALDE consacre aux diverticules duodénaux un travail très détaillé dans les archives des maladies du tube digestif en 1926.

Enfin, GREDER dans sa thèse en 1921 rapporte des observations de diverticulite (de WILKIE, 1913, de CASE, 1910), et préconise alors nettement le traitement chirurgical pour les cas graves, tout en limitant l'opération à un petit nombre d'entre eux. C'est

surtout TELLING en 1920, DOWNES en 1922, HUDDY en 1923, GRÉGOIRE en 1926, MACLEAN en 1927, qui rapportent des cas de diverticules enflammés, ils présentent les difficultés opératoires et l'anatomie pathologique des lésions. Ils insistent particulièrement sur la « Diverticulite » aiguë et chronique et préconise le traitement chirurgical comme étant celui qui est le plus capable de guérir complètement les malades.

Ainsi en un espace de temps relativement court, on a passé du diverticule duodénal, curiosité anatomique, et sans aucun intérêt clinique à la diverticulite qui présente, elle, un intérêt médico-chirurgical de premier ordre.

ÉTIOLOGIE

Nous n'envisagerons ici que les causes de l'inflammation des diverticules, sans nous occuper de leur origine. Toutefois, nous voulons faire remarquer que sous le nom de « diverticulite » nous entendons une inflammation à point de départ diverticulaire et non d'une lésion de voisinage.

Le sujet ainsi limité, les causes des poussées inflammatoires des diverticules sont les suivantes :

1° Etroitesse de l'orifice de communication par rapport au calibre du cul-de-sac diverticulaire. Dans ce cas, la transformation en vase clos est très facile (Obs. III et V).

2° Quand le fond du diverticule est situé dans la position habituelle du malade sur un niveau inférieur à l'orifice de communication. Dans ce cas, la poche se vide difficilement et la stagnation et la rétention prolongée du bol alimentaire à l'intérieur du diverticule aboutissent à la longue à un processus d'irritation marquée.

3° Lorsque la paroi diverticulaire est très mince. La musculaire commence à disparaître très tôt au niveau du fond et elle persiste plus longtemps au niveau du collet. Mais même la mucularis mucosée est très peu développée au niveau du sac. La paroi diverticulaire

est donc incapable de produire l'action musculaire nécessaire pour vider la poche.

4° Présence des corps étrangers ou des particules alimentaires solides. Des pépins, arêtes de poissons, des vers peuvent pénétrer dans le diverticule et irriter la paroi. Une dentition défectueuse et une mauvaise digestion gastrique peuvent laisser passer dans le duodénum et le diverticule des aliments insuffisamment broyés et des particules alimentaires restés solides.

Telles sont les causes les plus fréquentes de l'inflammation des diverticules.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège. — Les diverticules n'ont pas de siège fixe, mais ils sont le plus fréquemment observés sur la deuxième portion du duodénum. Ainsi BARIÉTY donne d'après les statistiques de différents auteurs que BUSCHI trouve 75 % des cas siégeant sur la deuxième portion, BALWIN 46 %, de CASES 57 %, COLE et ROBERTS 79 %. Sur les quarante-six observations de GREDER on trouve trente-trois cas de diverticule de la deuxième portion. Le siège habituel est le bord concave, le bord convexe constitue l'exception comme dans l'observation de LENOIR, GILSON et BARIÉTY.

Volume. — Le volume du diverticule est très variable, le plus souvent celui d'un dé à coudre, d'une noisette, d'une grosse noix, mais, on a vu exceptionnellement des diverticules plus gros, par exemple ceux de HASEMANN (1), atteignaient la grosseur d'un poing de nouveau-né.

Orifice. — L'orifice du diverticule est aussi large que le corps diverticulaire lui-même, mais quelquefois, il est étroit (Obs. III et V).

Direction. — Le diverticule est souvent dans une position horizontale mais, il est parfois dirigé de bas en haut.

(1) HASEMANN. — Zur Klinik der echten Duodenal-Divertikel. *Zentralblatt f. Chirurgie*, 9 janvier 1932.

Rapports. — Sur la première portion, le diverticule siège au voisinage du pylore dans la proportion de 3 %, il provient dans ce cas de la paroi supérieure et pénètre entre les deux feuillets du petit épiploon. Plus rarement, il naît aux dépens de la paroi inférieure et s'insinue entre les feuillets du ligament duodéno-colique.

Les diverticules ont des rapports intimes avec le pancréas et ils se trouvent :

1° Tantôt en avant du pancréas, dans la cavité péritonéale et ils sont enveloppés de séreuse ;

2° Tantôt en arrière dans le tissu conjonctif rétro-viscéral sans connexion avec le péritoine ;

3° Tantôt dans l'épaisseur même du pancréas.

Ils sont aussi souvent, en rapport avec le cholédoque et le canal pancréatique qui, se trouvent ainsi gênés dans leur évacuation et se dilatent. Quelquefois, ces deux conduits débouchent dans le diverticule lui-même.

Les vaisseaux pancréatico-duodénaux et ceux du mésocolon transverse peuvent ramper à la surface du diverticule, et y creuser un sillon. Ces vaisseaux peuvent être entièrement collés par les adhérences inflammatoires du diverticule. De même, les vaisseaux mésentériques peuvent être adhérents au sac diverticulaire. Tous ces organes de voisinage peuvent être le siège de réactions inflammatoires parties du diverticule. C'est une vraie péritonite chronique adhésive et le chirurgien est obligé de recourir à un travail de dissection. Le diverticule est adhérent au tissu cellulaire

duodénal et tout le duodénum est couvert d'un voile enflammé (Obs. VI). Le tissu cellulaire rétro-duodénal est changé en tissu de sclérose (Obs. VIII), par l'intermédiaire duquel un diverticule de la troisième portion est adhérent à la quatrième portion du duodénum (Obs. IV). Dans le cas de GRÉGOIRE (Obs. V), le pylore, le duodénum, et la vésicule biliaire, sont enveloppés d'adhérences, collant à la face inférieure du foie, dans celui de FRIEDRICH (Obs. VII), adhérences entre le diverticule et la vésicule biliaire. Un diverticule de la troisième portion est adhérent à la moitié droite du colon transverse et à son méso (Observation IV).

Structure. — La structure des diverticules est celle d'un intestin normal, la séreuse existe ou non suivant que le diverticule s'est développé en portion péritonisée du duodénum ou non. On a voulu distinguer dans les diverticules, les vrais, ayant toutes les tuniques et les faux, auxquels manqueraient la musculuse. Cette division est schématique car, il y a de nombreux cas de transition. Il est probable que la musculuse s'appauvrit et disparaît facilement (1) ; d'où l'aspect grillagé de la musculuse amincie, ce qui a lieu surtout en cas d'inflammation, de même la muscularis mucosae et la muqueuse sont minces et très souvent infiltrées de leucocytes (Obs. VIII). Dans le cas de SEIPPEL, rapporté par GREDER, la muqueuse et la musculuse sont atrophiées au niveau du fond

(1) BONNEAU. — *Presse Médicale*, 26 janvier 1923.

du diverticule, au contraire elles sont hypertrophiées au niveau du collet.

La muqueuse peut être d'apparence saine, mais dans la diverticulite elle est rouge, tuméfiée et fragile (Obs. VIII). Les cas de muqueuse noire, gangrénée, comme dans l'observation de HUBBY sont rares.

ETUDE CLINIQUE

Les manifestations cliniques des diverticulites duodénales sont très polymorphes et il est par conséquent impossible d'en présenter un tableau d'ensemble. Ceci tient aux adhérences qui lient le diverticule aux organes de voisinage, de sorte que les diverticulites simulent souvent une affection du carrefour sous-hépatique. Nous allons étudier d'abord isolément les signes cliniques fréquents, puis nous les grouperons en syndromes ou formes cliniques.

La douleur. — Le signe le plus important, le plus fréquemment observé est la douleur. Son intensité est variable et va d'une sensation de pesanteur, d'une douleur sourde à une douleur lancinante, déchirante, immobilisant le malade, et l'obligeant à interrompre tout travail (Obs. IV). La douleur n'est pas chez le même malade toujours identique au contraire, elle augmente d'intensité, en même temps que les crises deviennent plus fréquentes.

La douleur siège le plus souvent à l'épigastre, à droite de la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic. Souvent, elle se propage dans l'hypocondre droit, dans le dos, peut suivre les fausses côtes droites (RAMOND, 1927), quelquefois elle irradie dans la ré-

gion lombaire en bas, en haut, entre les omoplates, dans l'épaule droite et même dans le cou et l'oreille droite (Obs. VI). A la palpation, on réveille la douleur au siège indiqué par le malade. Un caractère important de la douleur est son horaire. Généralement, elle survient deux à trois heures après les repas, dure une demi-heure ou une heure et cesse. Souvent, c'est un vomissement qui met fin à la douleur, d'autres fois, elle est calmée par l'ingestion d'aliments et le malade de l'observation VIII emportait de la nourriture dans sa chambre pour calmer sa douleur. D'autres malades réduisent leur nourriture dans l'espoir de ne pas souffrir.

La douleur peut être le seul signe clinique (Obs. IV), mais généralement elle est accompagnée d'autres symptômes, tels que nausées, régurgitations, vomissements acides ou bilieux.

Enfin, la douleur survient par crises variant de quelques jours à deux, trois mois, crises séparées d'intervalles d'accalmies parfois très longs jusqu'à plusieurs mois. Cette périodicité de la douleur est ainsi très importante. Cependant, la périodicité peut disparaître et laisser un état d'endolorissement continu. Dans ce cas, on note une douleur sourde, continue, avec des exacerbations rythmées par les repas.

Vomissements. — Quelquefois, c'est le vomissement qui ouvre la scène. Dans l'observation de GRÉGOIRE (Obs. V), le malade avait eu des crises de vomissements sans autre symptôme pendant un an. Mais, le plus souvent, le vomissement accompagne la dou-

leur. Aqueux, légèrement acides, bilieux ou alimentaires (Obs. VIII), les vomissements sont précédés de nausées, de renvois acides, ou d'éruclations. Les vomissements surviennent trois à quatre heures après les repas. Enfin, de même que la douleur, les vomissements se produisent par crises, séparées de périodes d'accalmie parfois très longues.

Hémorragies. — Les hémorragies sous forme d'hématémèses et de moelena s'observent quelquefois. Elles accompagnent le plus souvent les autres signes, tels que la douleur et le vomissement. Mais, elles peuvent pendant longtemps traduire à elles seules l'inflammation du diverticule. Le malade de l'observation VIII a eu la première hématémèse en 1900, la deuxième en 1907, et ce n'est qu'après cette date, qu'il a commencé à avoir des crises douloureuses.

Autres symptômes. — Parmi les symptômes de moindre importance, il faut noter la constipation, entrecoupée souvent de crises de diarrhée. L'appétit est conservé dans l'intervalle des crises. Il n'en est pas de même, lorsque les crises se rapprochent, on note alors de l'inappétence. L'ictère se voit quelquefois, il s'accompagne alors de troubles dyspeptiques ou de douleurs sourdes.

FORMES CLINIQUES

Syndrome ulcus. — Cette forme simulant un ulcère de l'estomac et surtout du duodénum, est la plus

fréquemment observée (85 % des cas d'après OHNELL). En effet, comme dans l'ulcère digestif on note de la douleur spontanée à l'épigastre, un peu à droite de la ligne médiane. Crampes, brûlure, pesanteur, la douleur survient deux à trois heures après les repas, dure une demi à une heure et s'accompagne d'un vomissement acide ou aqueux, de quelques régurgitations, qui soulagent le malade quelquefois. Ces douleurs surviennent par crises plus ou moins longues et, comme pendant la crise d'ulcère, c'est après tous les repas que les malades souffrent. Ces crises sont séparées d'accalmies parfois très longues. Le tableau clinique est encore complété par les hématomèses et les mœlenas.

Syndrome de sténose pylorique ou pyloro-duodénale. — D'autres fois, ce sont les vomissements qui dominent dans le tableau clinique. Alimentaires (Obs. VIII) aqueux ou acides (Obs. V) ou bilieux, les vomissements surviennent tardivement trois à quatre heures après les repas et entraînent une dénutrition de l'organisme.

Forme simulant une affection vésiculaire. — Cette forme se manifeste par des crises douloureuses paroxystiques de l'hypocondre droit. La douleur qui survient trois à quatre heures après les repas est vague et s'accompagne de troubles dyspeptiques et de constipation. D'autres fois, la douleur est très vive à type colique hépatique avec ses irradiations sans l'épaule droite (LENOIR, GILSON et BARIÉTY et Obs. IX). A la palpation, on trouve une tuméfaction et un point doulou-

reux net, sous les fausses côtes droites (Obs. IX). En outre, des poussées d'ictères sont possibles.

Syndrome de pancréatite chronique. — Cette forme n'est pas tant une forme clinique de la diverticulite qu'une complication de celle-ci. En effet, la diverticulite peut à la longue entraîner une pancréatite chronique par la propagation de l'inflammation. La symptomatologie est alors celle de la pancréatite chronique. La douleur est sourde, sans horaire fixe. Elle siège dans la région périombilicale. Il y a un trouble de la digestion des graisses avec selles légèrement décolorées. Anorexie, amaigrissement, vomissement, parfois complètent le tableau clinique (Obs. de CASE, 1916 et AKERLUND, 1919). (1).

Syndrome de pancréatite aiguë. — Forme très rare et caractérisée par l'apparition soudaine d'une douleur très intense altérant rapidement l'état général du malade. La terminaison en est fatale. GREDER rapporte l'observation de WILKIE d'un homme de 58 ans pris de douleurs violentes quinze heures auparavant. A l'entrée à l'hôpital, il s'est trouvé dans un état de collapsus marqué et à l'autopsie on a trouvé dans le pancréas des foyers hémorragiques, et des noyaux nécrosés.

La colique diverticulaire. — Forme simulant une appendicite et se traduisant par des crises douloureuses très aiguës de courte durée, susceptibles de se renouveler et d'entraîner la formation d'un abcès péridiver-

(1) In GREDER. — *Thèse de Paris*, 1921.

ticulaire ou à la suppuration des ganglions à distance avec hyperleucocytose (1). D'autres fois, la douleur très forte s'accompagne de vomissements et de fièvre et aboutit à une diverticulite gangréneuse (Obs. II).

(1) DOWNES. — Duodéal diverticulum (*Ann. of. Surg.*, 1922).

DIAGNOSTIC

Diagnostic clinique. — A cause de la diversité des aspects cliniques que revêt la diverticulite duodénale, il est impossible d'en faire le diagnostic par la clinique seule. Mais on peut soupçonner la diverticulite dans toutes les affections du carrefour sous-hépatique qui ont l'habitude d'évoluer par crises. On soupçonnera d'autant plus la diverticulite, que le passé pathologique des malades est plus ancien.

En effet, la périodicité des accidents et la longue évolution de la maladie sont les seuls signes qui attirent l'attention du clinicien sur la diverticulite.

Tout en se souvenant, que les affections, dont la diverticulite revêt l'aspect sont plus fréquentes que la diverticulite elle-même, il faut néanmoins avoir présent à l'esprit l'existence de celle-ci, songer à sa possibilité et demander au radiologue la confirmation des soupçons cliniques.

Diagnostic radiologique. — Il est donc entendu que sans la radiographie le diagnostic des diverticulites est presque impossible. MACLEAN (1) sur seize cas étudiés, n'a pas fait un seul diagnostic clinique affirmatif, et dans tous les seize cas, la présence du diverticule a été démontrée par les rayons X.

(1) MACLEAN. — *Ann. of Surg.*, 1927.

Les radiographies en série sont absolument nécessaires pour cela. Cette méthode a été imaginée par l'Américain COLLE en 1914 et introduite en France par KELLER.

Technique. — La préparation du malade est la suivante :

1° Malade complètement à jeun ;

2° Perméabilité duodénale satisfaisante. Si il y a des sténoses, un spasme, le diagnostic pourra être erroné. Pour cela, il faut que le malade n'ait pas pris de laxatifs depuis vingt-quatre heures et qu'il ait pris dans les jours qui précèdent l'examen de l'atropine ou de la belladone pour obtenir un relâchement intestinal.

Le malade ainsi préparé, on le regarde à la radioscopie avant toute prise de bouillie barytée, pour s'assurer qu'il n'existe pas d'ombre suspecte à côté du duodénum. Dans le cas où il y en aurait une, avant de conclure à l'existence d'un diverticule, il faut éliminer des calculs biliaires ou rénaux, des ganglions calcifiés mésentériques ou rétro-péritonéaux et des concrétions fécales.

Mais c'est surtout la bouillie barytée qui révélera l'existence de la diverticulite. Après la prise de la bouillie, il faut faire coucher le malade sur le côté droit, et comprimer à la main l'angle duodéno-jéjunal sur la colonne vertébrale pour maintenir la bouillie opaque dans le duodénum et la faire passer dans le diverticule.

On reconnaîtra la diverticulite aux caractères suivants :

1° Apparition d'une ombre juxta-duodénale ;

2° Cette ombre est une image résiduelle, et elle persiste — caractère important de la diverticulite — au delà de vingt-quatre heures (Un diverticule non enflammé se vide au bout de onze heures à peu près, le duodénum au bout de cinq heures).

3° L'ombre est immobile et douloureuse à la palpation. Cependant, dans quelques cas, le sac diverticulaire bien qu'enflammé peut rester mobile.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic par les rayons X ne va pas sans difficultés. Il faut pouvoir éliminer les lésions qui peuvent donner une image analogue. Ceci n'est pas toujours facile, et dans bien des cas, la clinique peut faciliter ces discussions radiologiques.

Quoi qu'il en soit, il faut distinguer la diverticulite des lésions suivantes :

1° *Dilatation de l'ampoule de Vater*, qui peut quoique, rarement, se remplir de bouillie et donner une image juxta-vertébrale. Son aspect est variable : elle est allongée, arrondie (souvent en bouton de chemise).

Mais :

— Le siège de l'ampoule de VATER est fixe, à mi-hauteur de la deuxième portion ;

— Elle ne donne pas d'image résiduelle, en ce sens qu'elle disparaît vite, au moment de la sécrétion pancréatique.

2° *Niche d'ulcère.* — CHATON (1) en publiant trois

(1) CHATON. — *Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris*, 20 mai 1922.

observations de diverticules de la première portion du duodénum, constatées sur des pièces de pylorectomie, en posant la question suivante : « Comment différencier la niche diverticulaire, de la niche ulcéreuse ? » dit : « Par la recherche sur l'écran du point douloureux à la pression, répondant à l'ombre résiduelle. La niche diverticulaire est indolore, la niche ulcéreuse est sensible ». Il est évident que ce critérium n'est pas valable pour une diverticulite et le diagnostic différentiel est pratiquement très difficile.

Cependant :

— La niche ulcéreuse est sessile, rarement pédiculée, et présente presque jamais une bulle d'air ;

— A la radiographie en série, l'image ulcéreuse est moins constante, elle est moins résiduelle.

Malgré ces signes distinctifs, le diagnostic reste difficile et, pour le malade de BONNEAU (Obs. I), le diagnostic probable a été : « Ulcus térébrent ou diverticule ».

3° *Diverticule provoqué* par la présence d'un ulcère (diverticule par pulsion ou traction). Le diagnostic en est impossible, car c'est dans ce cas une vraie image de diverticulite. Ce n'est que par l'examen histologique de la pièce anatomique qu'on pourra dire rétrospectivement s'il y a eu ou non un ulcère à proximité du diverticule.

4° *Fistule vésico-duodénale*. De même que dans le cas précédent, le diagnostic en est impossible.

— En résumé, la radiographie en série permet seule de faire un diagnostic certain du diverticulite. Mais

cela ne va pas sans difficultés et quelques fois le diagnostic est impossible. Toutefois, ces cas litigieux sont sans grand intérêt pratique pour le malade, car l'indication opératoire en découle nécessairement.

TRAITEMENT

Le traitement de la diverticulite pour être efficace ne peut être que chirurgical. On peut à la rigueur se contenter d'un traitement médical dans les cas où les crises sont très faibles et très espacées. On pourra alors — comme le conseille BENSAUDE — prescrire du bismuth et du kaolin à la dose de 10 gr. matin et soir par périodes de dix jours. Ces médicaments réduisent les phénomènes inflammatoires. On pourra y associer des antispasmodiques, atropine ou belladone contre le spasme pylorique. Mais dans tous les autres cas, seule l'opération chirurgicale sera suivie d'une guérison complète de la maladie et mettra le malade à l'abri des accidents, toujours possibles dans la diverticulite.

L'opération de choix, la seule rationnelle est l'excision, suivie d'enfouissement. Mais cette opération n'est pas toujours facile à réaliser. Les adhérences nombreuses, la proximité d'organes importants et de gros vaisseaux, l'état de péritonite chronique adhésive de toute la région sous-hépatique — que nous avons décrit dans le chapitre d'anatomie pathologique — obligent le chirurgien à un long travail de dissection et quelquefois même à se contenter de ce palliatif qu'est la gastro-entérostomie.

Nous croyons pouvoir dire que c'est parce qu'on se

décide à l'opération très tard, que celle-ci est difficile. En effet, c'est en général dix à quinze ans après le début des accidents, alors que l'état du malade est intenable, qu'on se décide à l'opérer. Loin de nous, l'idée qu'il faille enlever tous les diverticules, comme le prétendent DOWNES, CASE et CLAIRMONT, mais cependant, nous croyons que toutes les diverticulites pour peu que les crises inflammatoires soient rapprochées, doivent subir la cure radicale qu'est l'excision chirurgicale.

OBSERVATION I (Raymond Bonneau, 1923)

M^{me} C..., âgée de 60 ans, attribue le début de ses troubles dyspeptiques qui remontent à vingt-cinq ans à l'ingurgitation en une seule fois de « 25 gousses d'ail », destinées à la guérir du ver solitaire, depuis lors elle s'est toujours plainte de son estomac tout en continuant à exercer une profession pénible qui la forçait à marcher et à porter des paquets. Les douleurs d'estomac sont des brûlures, accompagnées d'étouffements quand elle boit. Son alimentation se compose uniquement de légumes et sa boisson, d'eau. L'année dernière, les vomissements sont apparus survenant toutes les nuits vers 3 heures du matin et suivis de nausées matinales, ils durent trois mois et cessent. Inappétence. Habituellement, constipation ne permettant une selle que tous les huit à dix jours, malgré purges ou lavement, cette constipation a été remplacée lors des vomissements, par une diarrhée intense. Mais, qu'elles soient rares ou abondantes, depuis quatre ou cinq mois, ses selles sont toujours noires comme du boudin. Amaigrissement de cinq à six kilogs, malgré un assez bon sommeil, le teint se décolore sans ictère.

Comme antécédents personnels : dans l'adolescence,

une typhoïde, puis une poussée sciatique, enfin un curettage et un Schröder, il y a vingt-huit ans à la suite de la naissance de sa seconde fille.

En résumé : l'auteur montre la malade au D^r de LAGUERIE qui demande une radio, elle est faite fin septembre 1922, par M. COLLIEZ.

Conclusion : « Stase gastrique notable, estomac dilaté, région pylorique indécise, probabilité d'ulcus térébrant ou de diverticule du duodénum ».

Opération le 12 octobre 1922.

« L'estomac paraît sain, au-devant et à gauche du pylore, adhérences épiploïques montrant que la lésion est au niveau du duodénum. Décollement colo-épiploïque facile. L'inspection de l'arrière cavité qui est normale, le pancréas et le cadre duodénal qui l'entourent paraissent sains. Par contre, toute la face antérieure de la première et de la deuxième portion du duodénum sont recouvertes d'adhérences. La base d'une grosse vésicule émerge de ces adhérences, aussi pensais-je un moment trouver tout simplement des lésions de péricholecystite avec coudure ou sténose duodénale secondaire de cause extérieure, il n'en est rien, la vésicule se libère facilement ; le canal hépatique, le canal cystique, l'artère cystique sont normaux, à part le gonflement de la vésicule dans laquelle on ne sent pas du reste de calcul. Je cherche alors à libérer la partie sus-mésocolique du duodénum en travaillant en dehors du bord externe de la deuxième portion en décollant cette deuxième portion des organes juxta-vertébraux, ainsi qu'on le fait quand on veut explorer par l'arrière la partie du cholédoque qui croise la première portion, en cet endroit, je suis en pleine zone d'adhérences, je dois lier et couper de nombreux petits vaisseaux, au cours de ce travail de dissection par l'arrière du duodénum, j'ai un moment l'impres-

sion d'être en présence d'un énorme choledoque, mais j'arrive à me rendre compte que cette tuméfaction, grosse comme la seconde phalange du pouce est une dépendance directe du duodénum dont elle a l'aspect rouge foncé et les striations musculaires. J'arrive peu à peu à en faire le tour, sauf au niveau de sa base qui, se continue à plein canal et sans étranglement avec la lumière de l'intestin. Le point d'implantation de ce diverticule se fait sur la face postérieure de l'angle, entre la première et la deuxième portion du duodénum.

Ligature du diverticule à sa base par un fort crin de Florence. Une Kocher est mise sur le corps du diverticule. Section, enfouissement. Laissé un drain pendant quelques jours. Quoique le pylore paraisse perméable, gastro-entérostomie postérieure transmésocolique de sécurité. Suite opératoire bonne, quelques incidents. Examen microscopique de R. DUVAL : « Le diverticule du duodénum a la structure d'un intestin normal ou plutôt présentant des signes d'inflammation chronique légère ; infiltration de la muqueuse par un grand nombre de cellules lymphatiques ». Au moment de cette publication, septembre 1923, la guérison se maintient.

OBSERVATION II (Huddy, 1923)

Il s'agit d'une femme de 27 ans, sans aucuns antécédents gastriques, qui le 20 mars 1923, à une heure de l'après-midi a été prise brusquement d'une douleur abdominale siégeant dans la région épigastrique.

La douleur était aiguë et s'accompagnait de nausées. Dans le même après-midi, la douleur s'est finalement localisée à l'hypocondre droit. La malade a vomé quatre fois dans l'après-midi. Le lendemain à 3 heures de l'après-midi, la douleur s'est encore

aggravée. La température était à 101 F. (38°, 3 C.) son pouls à 108.

A l'examen de l'abdomen on note une sensibilité et une rigidité de la partie supérieure du muscle droit droit, on ne trouve aucune tuméfaction en cet endroit. Les muscles de la partie inférieure de l'abdomen sont flasques sans hyperesthésie. Diagnostic posé : appendicite aiguë sous-hépatique.

Opération le 21 mars : anesthésie générale. Incision droite paramédiane. Appendice d'apparence normale qu'on enlève. Une petite quantité de pus apparut alors, venant des parties hautes de l'abdomen.

On prolongea l'incision vers le haut. L'estomac, la vésicule biliaire, la première portion du duodénum ont été trouvés normaux. On trouve alors une masse enflammée et œdémateuse, laquelle se trouvait tout contre la paroi abdominale postérieure entre le duodénum et la vésicule biliaire. Le mésentère gastro-colique a été ouvert, le pancréas parut normal. On a fait une incision à travers le péritoine postérieur et on a passé derrière le duodénum. Il a été possible alors de séparer celui-ci d'une poche située dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal.

Cette poche de un centimètre de diamètre était noire au centre. Ses parois étaient minces, et de couleur noire au centre, de même la muqueuse était noire. Tout autour de la poche, les tissus étaient friables et de couleur jaune d'or. Ce diverticule communiquait avec le duodénum dans la région de l'ampoule de VATER et l'orifice de communication laissait pénétrer le petit doigt.

Il n'y avait pas d'adhérence entre le diverticule et les voies biliaires. Le diverticule a été enlevé. La guérison suivit.

OBSERVATION III (Caraven, 1923)

Il s'agissait d'un homme de 25 ans, D... (Paul), que l'auteur a observé en mai 1916. Le malade aurait eu dix ans auparavant une hémorragie de sang rouge par l'anus ; depuis cette époque ces hémorragies se sont reproduites à plusieurs reprises, mais elles étaient de sang noir. De temps à autre, surviennent des crises douloureuses, dont le malade reporte le siège à la région sus-ombilicale. Elles surviennent quelques instants après les repas, mais elles se produiraient surtout aux époques où il n'y avait pas de moelena. Cependant, les rapports de ces crises douloureuses avec les repas ne sont pas constants. Le palper révèle l'existence d'un point moyennement douloureux, un peu au-dessous de l'ombilic ; la radioscopie indique que ce point douloureux correspond à la région de la petite courbure. L'estomac a sa forme habituelle, l'évacuation se fait normalement. On songe à la possibilité d'un ulcus de la petite courbure.

Opération. Résection du segment pyloro-duodéal, suture du bout duodéal, gastro-entérostomie termino-latérale.

Le malade est pris de vives douleurs, aussitôt après l'opération et meurt.

Examen de la pièce :

On trouve un diverticule du volume d'une grosse cerise, appendu au bout inférieur du duodénum. Ce diverticule est libre sur la plus grande partie de sa surface ; en arrière cependant, il est compris, comme la face postérieure du pylore dans un méso de structure épiploïque qui l'accolait à la partie supérieure de la région pancréatique. Il est situé immédiatement après le sphincter pylorique sans aucun intervalle. Le pylore constitue un éperon qui saille fortement en-

tre le diverticule et l'estomac ; vues par leurs faces muqueuses, ces deux cavités forment un bissac à cloison tranchante. L'orifice du diverticule arrondi, occupe la totalité de la face inférieure du duodénum, le diamètre moyen de cet orifice est de 1 cm. 5. Il forme une sorte de collet moins large que le fond de sorte que l'ensemble rappelle à peu près un sac de hernie crurale. Macroscopiquement, la muqueuse est normale ; la paroi est épaisse et résistante ; elle est parcourue par un abondant réseau veineux.

OBSERVATION IV (Maclean, 1925)

Il s'agit d'un homme de 37 ans, fermier, qui est venu consulter pour des digestions pénibles et une douleur à l'épigastre, se propageant dans le dos. Constipation et amaigrissement.

Par l'interrogatoire, on apprend que le malade avait ces douleurs depuis trois ans environ, lesquelles cependant ne l'ont pas empêché de travailler. Graduellement, les douleurs ont augmenté d'intensité à tel point que le malade a dû interrompre ses occupations vers 1925. Les douleurs surviennent cinq minutes après les repas et se propagent dans le dos, mais jamais dans l'épaule droite. Pas de vomissements. La dernière crise a été si forte que tout sommeil a été impossible.

Le malade ne s'alimentait presque plus dans l'espoir de ne plus souffrir.

A l'examen, on note un point douloureux au niveau du duodénum, et au point de Mac BURNAY.

Le tubage de l'estomac donne les renseignements suivants :

Acidité totale 42. HCl libre 12. HCl total 30.

A la radio, on constate la présence d'un diverti-

cule de la troisième portion du duodénum. Vingt-quatre heures après le repas baryté, la tache diverticulaire persiste surmontée d'une bulle d'air.

Opération : incision de Perthe qui expose la première et la deuxième portion du duodénum et la vésicule biliaire. On trouve le mésocolon adhérent au péritoine postérieur. Séparant le fascia derrière la troisième portion du duodénum, on trouve le diverticule caché dans le tissu cellulaire derrière la tête du pancréas et adhérent à la quatrième portion du duodénum.

En résumé : diverticule de la troisième portion avec adhérence entre la moitié droite du colon transverse, du mésocolon et du duodénum dans une lésion inflammatoire ne pouvant être expliquée que par le diverticule.

Aucune autre lésion n'a été constatée.

OBSERVATION V (R. Grégoire, 1926)

N..., couturière, âgée de 60 ans, entre dans le service pour douleurs gastriques et vomissements. Depuis sa jeunesse, elle s'est toujours plainte de digestions pénibles, et lourdeurs d'estomac, mais elle ne vomissait pas.

Il y a six ans, elle commença à rendre ses repas. Généralement, les vomissements apparaissaient trois à quatre heures après avoir mangé.

A cette époque, la malade rendait simplement du liquide aqueux et légèrement acide. Ces périodes de vomissements duraient habituellement deux à trois mois auxquelles succédaient des intervalles de rémission assez longs. Elle ne souffrait que peu ou pas. Il y a cinq ans apparut un nouveau symptôme : les douleurs gastriques. Peu intenses, mais, continues, ces

douleurs étaient au maximum deux à trois heures après les repas, et les vomissements la soulageaient le plus souvent. Depuis trois, quatre mois, douleurs et vomissements se sont accentués. La malade souffre à peu près tous les jours. Elle provoque elle-même les vomissements, parce que pendant quelques heures elle se trouve soulagée. Il est rare qu'elle rende autre chose que des liquides fortement acides. Elle n'a jamais eu d'hématémèse, ni de mœlena. Elle est fortement constipée. L'appétit est conservé, mais elle évite de manger dans la crainte de souffrir ; aussi a-t-elle notablement maigri dans ces derniers temps.

L'examen révèle un peu de ballonnement sus-ombilical, l'estomac clapote au-dessous de la ligne ombilico-iliaque. Il n'existe qu'une très légère douleur à la pression de l'épigastre un peu à droite de la ligne médiane. Rien ailleurs.

La radiographie révèle, à côté d'un estomac quelque peu ptosé et allongé, une tache opaque persistante au niveau du « genu superius » du duodénum. Une deuxième radiographie pratiquée quelques jours plus tard montre la même tache surmontée d'une bulle d'air, six heures après l'examen, alors que l'estomac était vide, cette tache se voyait encore. Devant ces constatations, on porte le diagnostic des diverticules de la deuxième portion du duodénum.

Intervention le 29 décembre 1925. Anesthésie au Schleich. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Il existe une forte réaction inflammatoire au niveau de la région sous-hépatique. Le pylore, le duodénum, la vésicule biliaire sont enveloppés dans des adhérences qui les soudent à la face inférieure du foie.

Après libération de l'angle supérieur du duodénum, on ne voit tout d'abord rien d'anormal. La surface antérieure est rouge, mais il n'existe aucune déforma-

tion. Décollement du duodénum qui est attiré en avant et en dedans. On perçoit alors sur la face postérieure de la deuxième portion, à deux centimètres environ du genu un renflement allongé de haut en bas qui paraissait à première vue constitué par un cholédoque distendu. L'artère pancréatico-duodénale supérieure droite passait en dehors et ses branches bridait sa face externe. La veine pancréatico-duodénale passait en dedans, et la séparait des lobules pancréatiques. Après dissection, ce renflement terminé en cul-de-sac à son extrémité supérieure venait s'implanter par un pied rétréci dans la partie moyenne de la face postérieure du duodénum. Ce diverticule long de trois centimètres environ étant globuleux, mince et de coloration rougeâtre. En l'attirant, on constate que l'orifice par lequel il communique avec l'intestin est très étroit, et quand on tire on voit la musculuse du duodénum se plisser, comme ferait une manche dont on tenterait d'arracher la doublure.

Après section du diverticule, il reste un orifice arrondi bien limité à travers lequel fait hernie la muqueuse duodénale. Une double suture en bourse, sur la muqueuse et sur la musculaire ferme le trou. Le duodénum est remis en place. Fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison sans incident.

La malade a été revue en mars 1926, elle est tout à fait bien, ne souffre plus, ne vomit plus, et s'alimente normalement.

Examen de la pièce. Elle constitue une petite poche arrondie, les parois sont lisses en dehors comme en dedans, elles sont assez minces. Les coupes histologiques montrent que cette poche est formée exclusivement par la muqueuse du duodénum sans musculaire. En de nombreux endroits, il existe une infiltration

leucocytaire de la couche conjonctive sous-muqueuse.

OBSERVATION VI (Maclean, 1926)

La malade vient consulter pour des brûlures d'estomac et des douleurs épigastriques. Les douleurs siègent du côté droit de l'épigastre et dans l'hypocondre droit. Elles s'irradient dans le dos en bas vers les lombes, en haut dans l'épaule droite, le cou et l'oreille droite. Les glandes du cou du côté droit sont sensibles au palper.

Le début de la maladie est relativement récent. En 1923, la malade a eu quelques crises de vomissements accompagnés de céphalée. Ces vomissements étaient précédés d'une sensation de distension gastrique et de renvois d'air fréquents. Constipation, amaigrissement. En 1924, elle commençait à avoir les crises douloureuses décrites plus haut. La malade a été alitée pendant quinze jours et a suivi un traitement médical sans obtenir d'effet, puis elle s'en va faire un séjour en Californie, où on la traite par un drainage de la vésicule biliaire.

A l'examen, on se rend compte de l'énorme amaigrissement de la malade (45 livres en trois ans), à la palpation, on constate une sensibilité et une douleur provoquée nette au point de Mayo-Robson. Cette douleur se propage directement dans le dos, surtout un peu en dessous de l'angle costo-vertébral droit. Foie et rate sont normaux. On ne trouve rien d'anormal ni au tocher vaginal, ni au toucher rectal.

La radioscopie donne les renseignements suivants : estomac orthotonique, se vidant cinq heures après le repas baryté. Apparition d'une tache au niveau de la troisième vertèbre lombaire, laquelle tache a fait croire

d'abord à un cratère d'ulcère, mais finalement, reconnue (radio en série) comme un diverticule.

Opération le 7 octobre 1926. L'estomac, la vésicule biliaire ont été trouvés parfaitement sains. On ne constate rien d'anormal au rein, ni à la rate. Mais tout le duodénum est couvert d'un voile enflammé. On ne trouve pas dans le duodénum de traces d'ulcus. On mobilise le duodénum, en séparant son bord droit du péritoine pariétal, on découvre sa face postérieure, et on trouve non sans peine un diverticule adhérent au tissu cellulaire. Excision. Drain dans la paroi postérieure. La guérison suivit.

OBSERVATION VII (Friedrich, 1931)

Il s'agit d'un homme de 57 ans. Le début de sa maladie remonte à l'hiver de l'année 1915, date à laquelle il a eu sa première crise douloureuse accompagnée de vomissements. Cette crise a duré trois mois, après laquelle, il se portait très bien pendant deux ans. Mais depuis 1917, les symptômes précités surviennent par crises à la fois plus fortes et plus fréquentes.

La crise douloureuse dure habituellement de deux à quatre mois. La douleur survient une heure et demie, deux heures après les repas et elle est calmée par l'ingestion des aliments. Il n'y a pas de vomissements depuis 1917.

En 1923, le malade a eu une bronchite avec 37°7 de température. On ne note aucune autre maladie intercurrente.

Pendant la dernière année, 1930, le malade a maigri de 8 kilogs. La douleur survenant une à deux heures après les repas, calmée par l'ingestion d'alcalins, siège à l'épigastre, surtout à gauche. L'irradiation de la douleur va vers le dos, mais jamais dans l'épaule.

Les vomissements ont accompagné la première crise de l'année 1915, crise qui a duré trois mois. A cette date, les vomissements apparaissent une heure après les repas et soulagent le malade. Mais, depuis 1916, le malade nen vomit pas pendant les crises douloureuses. A l'examen, on provoque une douleur à la palpation de l'épigastre. On ne trouve pas de moelena occultes, recherchées à plusieurs reprises. Examen du sang : hématies 4.200.000, globules blancs 7.000, hémoglobine 76 %.

Cholecystographie : contours normaux de la vésicule biliaire, absence de calculs.

Aux rayons X, on constate un estomac allongé et ptosé, les mouvements péristaltiques sont faibles. On voit à la partie supérieure de la troisième portion du duodénum un diverticule de la grosseur d'une noix, avec un niveau horizontal et surmonté d'une bulle d'air. Trois heures après, l'estomac est vide, la tache diverticulaire persiste et sa situation est médiane par rapport à la vésicule biliaire.

L'opération a été faite par le professeur von BAKAY qui a trouvé des adérences nombreuses entre la vésicule biliaire et le diverticule. La vésicule libérée, on a trouvé sur la paroi du duodénum à sept centimètres au-dessus du cholédoque un diverticule, qui fut excisé.

Examen histologique : Diverticule de trois centimètres de longueur, et de deux centimètres de largeur. La surface interne du diverticule est suffisamment plate, cependant on voit des petits points qui sont des glandes de BRUNNER. Les parois du diverticule se composent uniquement de la muqueuse et de la muscularis mucosae.

Suites opératoires : Le malade est complètement guéri, il n'a plus aucune douleur, il a engraisé de 7 k. 1/2 et il a repris son travail habituel.

OBSERVATION VIII (Inédite, Loeper et Garcin, 1933)

M. R..., industriel, âgé de 55 ans, nous est adressé en 1931, de la Guadeloupe pour des hématoméses en rapport vraisemblable avec une ulcération gastro-duodénale.

Les premières manifestations de sa maladie remontent à trente et un ans en arrière. C'est en 1900, en effet, à l'âge de 24 ans, qu'il présente pour la première fois, une hématomèse de sang pur, d'apparition soudaine. Cet accident se dissipa en quelques jours. Jamais, il n'avait souffert même légèrement de l'estomac. Après l'hématomèse, aucun phénomène gastrique ne se manifesta. En 1907, à l'âge de 31 ans, nouvelle hématomèse avec moelena abondant. Toujours pas de douleurs gastriques jusqu'à cette date.

C'est seulement après cette nouvelle hémorragie qu'apparaissent pour la première fois des douleurs gastriques.

a) Apparaissant deux heures après le repas de midi, durant une demi-heure, d'intensité moyenne ;

b) Réapparaissant, par contre avec une réelle intensité le soir vers 6 heures, calmées par une prise d'aliments au point que le malade garde la nuit des aliments dans sa chambre pour atténuer la crise douloureuse tardive dès ses premières manifestations.

Depuis dix ans, de façon intermittente, apparaissent des poussées douloureuses calmées par un traitement bismuthé, traitement malheureusement abandonné dès la sédation de la poussée.

En 1923, nouvelle hémorragie caractérisée par du moelena à sang très noir. Depuis 1921, d'ailleurs, aux poussées douloureuses s'ajoutent des vomissements très abondants, surtout marqués la nuit, dans lesquels le malade peut reconnaître les aliments ingérés la

veille au soir. Vomissements très acides, ayant pris lors d'une poussée récente (1928), le caractère de vomissements incoercibles.

Chacune de ces poussées semblent déclanchée par des ennuis, des traumatismes affectifs et moraux, beaucoup plus que par des écarts alimentaires. En fait, le malade semble n'avoir jamais suivi aucun régime bien que le diagnostic d'ulcère du pylore ait été porté en 1924, après examen radiologique à Porto-Rico, où le malade s'était trouvé de passage.

L'appétit est normal dans l'intervalle des crises. Leur répétition engage le malade à venir à Paris pour un examen médical.

A bord du paquebot, le 31 juillet 1931, le malade est pris de vomissements abondants de sang pur. Le 10 août à peine arrivé à Paris, l'hématémèse se répète encore plus abondante. Il continue cependant l'accident coupé de « manger comme tout le monde ».

Il vient nous consulter en septembre 1931, ne souffrant que de quelques brûlures tardives, mais présentant des vomissements très abondants (un vase de nuit et même davantage), survenant vers une heure du matin, dans lesquels on retrouve les aliments ingérés le midi. Sous l'influence d'un traitement bismuthé, douleurs et vomissements s'apaisent peu à peu. Le malade pesait 67 k. 500 le 31 août pèse 69 k. le 13 octobre.

Le 5 septembre, quelques recherches de laboratoire furent faites :

Wassermann négatif.

Urée, 0,35.

Hémorragies occultes absentes.

En même temps, des examens radiologiques répétés sont pratiqués. Une première série d'examens radiologiques fut faite par le Dr Busq le 25 août 1931 dont, voici le compte rendu résumé :

— Parois de l'estomac souples, nettes, sans déformations, ni spasmodiques, ni ulcéreuses, ni tumorales.

— L'antrum prépylorique est dilaté en A.

— Pylore nettement excentré vers le bord droit du bulbe duodénal, qui est gros et douloureux.

— Irrégularités permanentes de la grande courbure du bulbe près du pylore.

— Le bulbe duodénal n'est ni spasmé ni hyperkinétique.

— La deuxième partie du duodénum est coudée et sa partie moyenne est attirée vers le bulbe.

Après cette première série d'examens, il semble que le diagnostic d'ulcère duodénal est vraisemblable, mais notre conviction n'étant pas entière nous demandons une deuxième série de clichés au Dr RONNEAUX qui découvre le diverticule passé inaperçu aux premiers examens et dont voici le compte rendu des examens faits par lui du 19 au 23 octobre 1931.

— Estomac examiné douze heures après un repas opaque. Remplissage normal de l'estomac. Pas de liquide de stase alimentaire. Estomac du type orthotonique, à fond au-dessus de la ligne bis-iliaque supérieure. Dès qu'il est rempli, il est animé de contractions hyperkinétiques considérables qui aboutissent à un passage pylorique immédiat.

— Le bulbe duodénal un peu basculé en arrière ne se voit qu'en position légèrement oblique. Sa partie supérieure est fortement attirée vers la droite et en arrière. La deuxième portion du duodénum est anormalement tirée vers la droite.

— L'évacuation malgré la violence des contractions est irrégulière par suite de l'existence intermittente d'un spasme vers la troisième portion amenant un moment de va et vient du baryum dans la troisième et deuxième portion duodénale et aboutissant au rem-



Cliché 1 (Obs. VIII).



Cliché 2 (Obs. IX).

plissage d'un diverticule dépendant de la partie supérieure de la deuxième portion. Celle-ci attirée vers la droite subit au moment du spasme de la troisième portion une augmentation de volume de la moitié inférieure et du genu inférus.

Quand le spasme cède, la circulation duodénale redevient normale, mais il reste une image barytée suspendue au niveau du diverticule.

Vérification : Quatre jours après. Intestin vide, sauf petite quantité de baryum, de stase dans l'appendice qui est douloureux à la palpation. On retrouve la déformation du genu supérius attiré en arrière et à droite, et le diverticule de la deuxième portion. Le spasme de la troisième portion est beaucoup plus fréquent que précédemment. Nouvelle ingestion du baryum pour vérifier l'état de l'estomac et de l'appendice et le Dr RONNEAUX conclut :

— Troubles de l'évacuation gastrique (Stase constante légère à la dixième heure dépendant d'une difficulté dans la traversée duodénale.

— Périduodénite du genu supérius et peut-être de la partie supérieure de la deuxième portion.

— Diverticule de la deuxième portion (Cliché N° 1).

— Spasme intermittent sur la troisième portion, probablement réflexe, dépendant des brides situées plus haut, auxquelles s'associent des signes nets d'appendicite chronique.

Le malade est vu par la suite en consultation avec le Professeur LOEPER qui ne croit pas à un ulcère pyloro-duodéal surajouté, qui pense qu'il s'agit de « Diverticulite » seulement et insiste sur la longue précession des hématémèses sur l'élément douloureux. Une intervention chirurgicale est décidée.

Le malade est confié au Professeur agrégé MOULON-

GUER qui l'opère le 6 novembre 1931 et dont voici l'observation :

Incision paramédiane droite verticale, conduisant sur le duodénum. Le foie est très haut placé, intra-thoracique, d'où difficulté d'abord de la région.

Le pylore épais, ainsi que la première portion du duodénum mais, sans trace d'ulcère, le pancréas s'étale bien en haut autour du canal duodéno-pylorique, et c'est à ces lobes pancréatiques aberrants que semble dû la consistance anormale de la première portion du duodénum.

Dissection du diverticule.

Il est mince, très fragile, et se rompt.

La dissection est achevée jusqu'à l'insertion duodénale.

Ligature à la base aux fils de lin, comme on ferait d'un appendice et enfouissement de la ligature sous deux bourses prises sur le duodénum face postérieure (drain rétroduodénal).

Appendicectomie : appendice libre sous-hépatique nettement malade.

Paroi en un seul plan aux crins doubles.

Suites : Localement, le drain est laissé en place quarante-huit heures, puis il est remplacé dans la paroi, très superficiel, tant qu'il y a un léger écoulement séreux, il est enlevé définitivement le 5 juin. La température néanmoins reste élevée, mais il apparaît des complications pulmonaires (embolies).

Examen de la pièce. — Le diverticule est constitué uniquement par la muqueuse intestinale reposant sur un muscularis mucosae très mince. Nulle part, on ne trouve de véritable tunique musculuse.

La muqueuse est infiltrée de leucocytes et paraît légèrement infectée.

Suites opératoires. — Localement tout est parfait.

Pas de fistulisation, mais état de septicémie veineuse subaiguë, avec huit embolies pulmonaires consécutives frappant tantôt le côté droit, tantôt le côté gauche, épanchement pleural réactionnel à formule mixte, mais contenant jusqu'à 74 % d'eosinophiles. Une hémoculture fut positive au staphylocoque doré. Abscès de fixation, vaccinothérapie, etc., phlébite partielle le 25 décembre 1931.

Le malade sort de la clinique le 25 février 1932 après quatre mois de température due à des accidents variés. La guérison est parfaite.

Revu le 14 juin 1932. Le malade n'a jamais éprouvé la moindre brûlure d'estomac depuis son opération. Il présente quelques rares vomissements cependant quatre heures après les repas.

Un nouvel examen radiologique est pratiqué par le D^r RONNEAUX en juin 1932 qui montre d'autres diverticules sur le colon droit.

OBSERVATION IX (Personnelle).

(Service de M. le Professeur Loeper, 1934)

M^{me} G..., âgée de 61 ans, revient dans le service du Professeur LOEPER au mois de novembre 1933 pour des douleurs à l'épigastre.

Ses premiers malaises remontent à dix ans, époque à laquelle elle commençait à avoir de la pesanteur gastrique, une digestion lente, une sensation de lourdeur, qui prenait fin par quelques éructations. Mais, déjà ces phénomènes avaient pour caractère d'apparaître par crises entrecoupées d'accalmies, sans que le malade suive un régime ou un traitement quelconque.

En 1931, un nouveau symptôme apparut : la douleur. Elle survenait trois à quatre heures après les repas, siégeait à l'épigastre et se propageait dans le

dos et jusque entre les omoplates. Cette douleur survenait par crises de courte durée, de un à cinq jours environ suivies d'intervalles de tranquillité relative.

Au début de juillet 1932, une des crises a été un peu plus forte que d'habitude et la malade n'a été soulagée que par des opiacés. En outre, cette crise accompagnée d'un peu de subictère a semblé à son médecin traitant être une colique hépatique. C'est dans ces conditions, que le médecin traitant a présenté la malade au Professeur LOEPER qui a noté à l'examen physique les choses suivantes : « Au palper, douleur ou plutôt sensibilité sous-hépatique. Foie de volume normal, on croit percevoir la vésicule, tension faible. » Le Professeur LOEPER confie la malade au Docteur THALHEIMER, lequel croit aussi à une cholécystite et décide de l'opérer.

L'opération a été faite le 27 juillet 1932 par le Docteur THALHEIMER dont voici le compte rendu :

Intervention. — « Incision descendant au-dessous de l'ombilic, grosse vésicule bleuâtre et gonflée que l'on vide par ponction au Potain d'une bile noire et épaisse. Puis, bien que la malade pousse, on peut dégager le trépied, lier et couper le cystique, l'artère cystique se tend alors et on la lie isolément après l'avoir vue d'une façon particulièrement nette. Décollement de la vésicule du col vers le fond. Le lit hépatique saigne un peu ; on essaie de péritoniser, mais le péritoine coupe sous le catgut. On place alors un drain n° 15 et une petite mèche.

On va à l'appendice par la même incision. Il est presque pelvien, assez adhérent, blanchâtre et comme sclérosé.

Hémostase difficile du méso. Il est écrasé, lié et enfoui.

Un plan péritonéo-musculaire à la soie 1 bis avec un catgut près du drain ; soie sur la peau.

A l'ouverture de la vésicule, il n'y a pas de calcul, mais on note des petites irrégularités de la muqueuse surélevée en plusieurs points, faisant supposer là l'existence de calculs intra-muraux.

Examen histologique de la vésicule. — Lésions minimes se ramenant à une légère sclérose du chorion et à une discrète infiltration plasmolymphocytaire de la paroi.

Epithélium rigoureusement indemne. Pas de calculs muraux ».

Après l'opération, la malade se sentait complètement guérie, pendant plus d'un an elle n'avait plus aucune souffrance. Mais en octobre 1933, une crise de douleurs réapparaît avec les mêmes caractères qu'avant l'opération. Bientôt les crises se répètent, deviennent plus longues (durent cinq à dix jours) et dans l'intervalle des crises, la malade accuse un léger endolorissement au niveau de l'épigastre. La malade revient dans le service au mois de novembre 1933. Au palper, on réveille une douleur dans tout le cadran supérieur droit et jusque sous les fausses côtes droites. La malade prétend avoir beaucoup maigri. Elle a une bouche mauvaise, la langue est sèche. Diarrhée.

On essaie de traiter la malade médicalement (neuf piqûres de mésothorium, quinze séances de diathermie) sans grand résultat. On songe alors à une diverticulite et, en effet, on constate la présence d'un diverticule de la deuxième portion (Cliché N° 2). Jusqu'à ce jour, la malade refuse une nouvelle intervention chirurgicale.

CONCLUSIONS

D'après cette étude, nous pouvons conclure, que la diverticulite duodénale est une affection peu fréquente, mais d'une grande importance. Avec l'inflammation, les diverticules duodénaux commencent à avoir une histoire clinique. En effet, les diverticules non enflammés restent le plus souvent latents.

Les diverticulites duodénales n'ont pas de symptomatologie propre, mais elles simulent des affections diverses. Sous une forme aiguë, elles se présentent comme une pancréatite aiguë, ou comme une appendicite, dans les formes chroniques elles prennent l'aspect d'un ulcère digestif, d'une sténose pyloro-duodénale, d'une cholécystite ou d'une pancréatite chronique.

Cette diversité des aspects cliniques de la diverticulite fait qu'il est impossible de faire le diagnostic par la seule clinique. Tout au plus, peut-on et doit-on la soupçonner et le diagnostic sera fait de « ces soupçons cliniques et de l'affirmation radiologique ».

Le diagnostic radiologique est assez délicat et il faut pouvoir éliminer une niche ulcéreuse, une dilatation de l'ampoule de VATER ou une fistule vésico-duodénale. La radiographie en série est absolument nécessaire pour cela.

Au point de vue anatomo-pathologique, c'est la péritonite chronique adhésive, qui traduit les poussées inflammatoires des diverticules. Tout le carrefour sous-hépatique est soudé d'adhérences, ce qui, avec la proximité des organes et vaisseaux importants gêne beaucoup le chirurgien et l'oblige à faire un travail de dissection parfois très délicat.

S'il en est ainsi, il est probable que cet état est dû au retard apporté à l'intervention. C'est, en effet parfois après dix ou quinze ans d'évolution qu'on se décide à opérer les malades. Nous ne saurions trop insister sur le traitement chirurgical notamment l'excision suivie d'enfouissement qui, seul est capable de guérir complètement les malades.

Vu : LE DOYEN :

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LOEPER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON. — Abnomalies of the duodénum (*Brit. J. Surg.*, 1922).
- ANZILOTTI. — Contribution à l'étude clinique et radiologique des diverticules du duodénum (*Arch. Ital. di chir.*, 5 mai 1929).
- BARIÉTY. — Les diverticules du duodénum (*Gaz. des Hôpitaux*, 6 février 1926).
- BAUER. — Ueber das Duodenaldivertikel (*Wien. Klin. Woch.*, 1912, Vol. XXV).
- BENSAUDE et VASSELLE. — Les diverticules du duodénum (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1926, t. xvi).
- BLANC. — A propos des diverticules du duodénum (*Soc. des Chir. de Paris*, 17 fév. 1928).
- BONNEAU. — Les diverticules du duodénum (*Presse Médicale*, 26 septembre 1923).
- BRAUENIG. — Les diverticules du duodénum (*Zentrabl. f. Chir.*, 9 janvier 1932).
- CARAVEN. — Diverticules du duodénum (*Presse Méd.*, 26 décembre 1923).
- CARNOT et PÉRON. — Diverticules de la quatrième portion du duodénum (*Bull. Soc. Méd.*, Paris, 31 juillet 1924).
- CHATON. — Trois observations de diverticules de la première portion du duodénum constatées par des pièces de pyloréctomie (*Soc. Anat.*, 20 mai 1922).

- COLE et ROBERTS. — Diverticule du duodénum, leur aspect clinique et radiologique (*In Presse Méd.*, 15 novembre 1920).
- DOWNES. — Duodéal diverticulum (*Ann. of Surg.* 1922).
- DUVAL, ROUX, BÉCLÈRE. — Etudes médico-radio-chirurgicales sur le duodénum (Masson, 1924).
- FEISSLY. — Diverticule de l'angle inférieur du duodénum diagnostiqué par la radiographie (*J. de Radiol. et d'Elect.*, 1921).
- Un cas de diverticule duodéal (*Soc. de Gastro-Entérol.*, Paris, 12 mai 1924).
- Un cas de diverticule duodéal (*Soc. de Gastro-Entérol.*, Paris, 12 janvier 1925).
- FORSELL, KEY. — Ein divertikel des Pars descendens duodénimittels Roentg. diagnostiziert und operativ entferntn (*Nord Méd. Arch.*, 1915).
- FRIEDRICH. — Observation d'un cas de diverticule duodéal opéré (*Klin. Wochenschr.*, 22 août 31).
- GARNIER. — Les diverticules des troisième et quatrième portion du duodénum (*Th. Paris*, 1925).
- GREDER. — Etude sur les diverticules du duodénum principalement au point de vue de leurs manifestations cliniques et de leur diagnostic radioscopique (*Th. Paris*, 1921).
- GRÉGOIRE. — Diverticules du duodénum, anatomie pathologique et traitement (*Paris Médical*, 23 octobre 1926).
- HANKE. — Clinique et traitement chirurgical du diverticule duodéal vrai (*Arch. F. Klin. Chir.*, janv. 1932).

- HUDDY. — Duodénal diverticula (*The Lancet* 18 août 1923).
- HASEMANN. — La clinique du diverticule vrai du duodénum (*Zentralblatt f. Chir.* 9 janvier 1932).
- KELLER. — Quatre cas de diverticules du duodénum (*Bull. Soc. Radiol.*, 1922).
- KOHLER. — Diverticule duodénal. Son importance dans le développement des affections biliaires (*In Presse Méd.* 29 octobre 1932).
- LEMAITRE. — Trois cas de diverticules du duodénum (*Soc. de Méd. du Nord*, janvier 1926).
- LENOIR et BARIÉTY. — Les diverticules du duodénum (*La Méd.*, juillet 1924).
- LENOIR, GILSON et BARIÉTY. — Diverticules du duodénum (*Soc. de Gast. Entérol. de Paris*, 11 fév. 1924).
- MACLEAN. — Diverticula of the duodenum (*Surg. Jyn. Obst.*, juillet, 1923).
- Duodenal diverticulitis (*Ann. of. Surg.*, janvier 1927).
- MARUANI. — Etude clinique et radiologique des diverticules congénitaux du duodénum (*Th. de Paris*, 1928).
- OHNEL. — Zur Frage der Klinischen Bedeutung du duodenal diverticula (*Arch. f. Verdau Kran.*, 1923).
- PAUCHET, VASSELLE. — Diagnostic et traitement des diverticules du duodénum (*Soc. des Chir. de Paris*, 18 mars 1927).
- ROBINEAU et GALLY. — Un diverticule de la quatrième portion du duodénum (*Archiv. des Mal. de l'App. Digest.*, 1922, T. II).

- Contributions à l'étude clinique et radiologique des diverticules du duodénum (*Arch. des Mal. de l'Ap. Digest.*, nov. 1926).
- ROSENTHAL. — Können duodénal divertikel eine Klinische bedeutng erlangen (*Méd. Klin.*, Vol. IV, 1908).
- TELLING. — Diverticulitis (*Royal Soc. of Méd.*, janvier 1920).
- WEIGEL. — Diverticule vrai et pseudo-diverticule du duodénum, deux cas opérés (*Bull. et Mém. de la Soc. de Biol. Méd. de France*, n. 1932).

